

救急・防災情報シート

年 月 日作成
年 月 日変更

● 救 急 情 報

※救急情報に変更があった時は必ず内容を書き換えてください

ふりがな			血液型	
本人氏名			型Rh()・不明	
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日	性別	男	女
住 所			電話 () - () -	
保険証記号番号と種類	記号	番号	種類・番号	
※後期高齢者医療は記号なし				

● 医 療 情 報

※身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医	① 科 先生	② 科 先生
住 所	①	②
電 話	① () -	② () -
持 病		
服薬中の薬名	薬剤情報提供書の写し・おくすり手帳の写し・薬袋などを入れて下さい。	
服薬上の注意		
特記事項 (アレルギーや注意を要する 食品・食事の目安など)	人工透析、ペースメーカー、酸素吸入、インスリン注射、胃ろう、ストマ等の特記	

● 緊 急 連 絡 先

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
①		() - () -	
②		() - () -	

多摩市及び救急隊と搬送先の医療機関が、容器内の情報を救急医療に活用することに同意します。

本人署名

※ 裏面もご記入下さい。

● 職場等連絡先 ※この欄は該当のある方のみご記入ください

日 ころ か よ っ て い る 場 所 (職 場 や 施 設 な ど)	名 称 () —	電話番号
所 属 団 体 (障がい者団体・ボランティア団体など)	名 称 () —	電話番号
保 祉 健 務 所 等 社 事 務 所	名 称	担当者名
※介護認定を受けている場合のみご記入ください	事業者名	
支援事業者 (地域包括支援センター・ケアマネジャー等)	所在地	
	電話番号 () —	担当者名

● 障害の種類や手帳の番号等 ※この欄は該当のある方のみご記入ください

障 害 種 類	身体(障害種別) ・ 愛の手帳 ・ 精神
等 級	
障 害 者 手 帳 番 号	身体() ・ 愛の手帳() ・ 精神()
介 護 保 険 証 番 号	

● 避難所等

一 時 集 合 場 所 (家族等とおち合う、自分で決めた場所)	
避 難 所 (近 隣 の 小 中 学 校 体 育 館)	

● そ の 他

そ の 他 必 要 な 事 が ら (救 急 隊 員 へ の 伝 言 など) 特定の病院でしか対応できない疾病があるなど搬送時に救急隊員に注意してほしいことや役立つと思われること等	
--	--

火災・救急通報 → 119番 警察 → 110番
 消防庁救急相談センター(救急車を呼ぶか迷うとき) → #7119番
 NTT災害伝言ダイヤル → 171番